

Podstawowa opieka zdrowotna nad osobami w wieku podeszłym

Małgorzata Monika Palka

Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Adres do korespondencji: Małgorzata Palka, Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Wydział Lekarski, ul. Bocheńska 4, 31-061 Kraków, tel. 12 430 55 93, e-mail: malgorzata.palka@uj.edu.pl

Abstract

Primary health care of elderly people

Nowadays is need for developing grater system-wide support for managing the geriatric population of primary care. Improvement of common geriatric syndromes is important (e.g. urinary incontinence, falls, depressive symptoms, high risk medications or functional impairment). The new models of geriatric care are needed. Does this model should wide connected to primary system? Which aspects of primary geriatrics care are important? Do primary care doctors prepare for better care of geriatric population? Many of those questions still are not resolved. The European Union prepared some instruments for care of older and aging population. Increasing hospitalization rate and out patients geriatrics visit are a big problem in many health care systems. Out patterns of the look at the older population need a change. We need to be preparing for new ideas of geriatric care and early prevention aspects of care. Family doctors and their care have much connection with geriatrics care. The voice of patients and their families is also important.

Key words: geriatric assessment, geriatric health prevention, geriatric population, primary care setting

Słowa kluczowe: kompleksowa ocena geriatryczna, pacjenci wieku podeszłego, podstawowa opieka zdrowotna, profilaktyka geriatryczna

Wstęp

Z roku na rok wzrasta długość życia, obecnie na świecie średnia wynosi 67 lat i zwiększa się o 3 miesiące na rok [1, 2]. W Polsce średnia długość życia wynosi dla kobiet 80,9 roku, a dla mężczyzn 71,9 roku. Dane epidemiologiczne z roku na rok ulegają zmianie, przeciętna długość życia w Polsce stale rośnie rocznie o 3,6 miesiąca dla mężczyzn i 2,1 miesiąca dla kobiet. Związane jest to ze stopniowym zmniejszaniem się nadumieralności mężczyzn. W 2030 roku średnia długość życia w Polsce będzie wynosić dla kobiet 83,6 roku, a dla mężczyzn 77,5 roku [1, 2]. Polska w przyszłości będzie starzeć się szybciej niż inne kraje Europy Zachodniej, w których w 2060 roku odsetek osób starszych ma wynieść 30% [1, 2]. Medycyna geriatryczna jest wyzwaniem starzejących się społeczeństw. Systemy opieki zdrowotnej w Europie w ostatnich latach koncentrują się na zapewnieniu ludziom w wieku podeszłym optymalnej opieki

geriatrycznej. Starzenie się człowieka jest długotrwałym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym zachodzącym w każdym żywym organizmie [3]. Dla większości pacjentów w wieku podeszłym lekarz rodzinny jest lekarzem, z którym pacjent spotyka się najczęściej, a jego rola w opiece nad pacjentem jest niezmiernie istotna.

1. Pacjent geriatryczny w POZ, rola lekarza rodzinnego

Opieka nad pacjentem geriatrycznym jest w swojej kompleksowości wyzwaniem dla lekarzy rodzinnych. Wyzwanie to wymaga szerokiej wiedzy medycznej, kompetencji w podejmowaniu decyzji klinicznych oraz właściwego finansowania ze strony płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W Polsce obecnie mieszka 13,8% osób w wieku powyżej 65 lat, w 2030 roku odsetek ten wzrośnie do 23,8%, a w 2060 roku ma osiągnąć 36% populacji Polski. Starość jest etapem ontogenezy następującym po okresie dojrzałości, której

początek powinien być mierzony określonym stopniem zużycia organizmu. Okres życia pacjenta w wieku 60–65 lat wielu badaczy określa jako *preaging* lub wczesna starość, w której wiele osób nie odczuwa dolegliwości związanych z wiekiem, a wskaźniki populacji życia w zdrowiu są wysokie. Do dzisiaj jednak nie zdefiniowano żadnego parametru, którego można by użyć do określenia początku starości. Populacja osób w wieku podeszłym jest bardzo heterogenna, dlatego wiek 65 lat jest umowną granicą rozpoczynającą okres geriatryczny zdrowia i życia pacjenta [4]. Powszechnie stosowany podział demograficzny na podokresy wieku starszego przedstawiono w **Tabeli I** [3].

Wiek biologiczny pacjenta nie zawsze pokrywa się z wiekiem kalendarzowym i często jest u pacjenta starszego połączeniem indywidualnych i osobniczych predyspozycji genetycznych oraz warunków socjalno-ekonomicznych, w których żyje pacjent. Szczególnie starość późna wiąże się z zagrożeniami i trudnościami nad utrzymaniem sprawności funkcjonalnej pacjenta, a wielkie problemy geriatryczne występujące u pacjentów są codziennością [4].

Palmore i współautorzy [5] zauważyli, iż w opisywaniu starzenia się człowieka w ochronie zdrowia używa się wielu pojęć o znaczeniu negatywnym, np. niepełnosprawność, zespół słabości, sarkopenia, deterioracja. W literaturze naukowej podnosi się jednak konieczność eliminacji ageizmu, czyli postrzegania starości, jako zjawiska negatywnego [6].

Wyznaczanie nowych dróg opieki geriatrycznej nie jest łatwe. C. Rokusek w ramach wieloprofesjonalności w geriatry w 2013 roku wprowadził nowy podział okresów życia człowieka na:

- **wiek średni** pomiędzy 50–70 lat,
- **wiek wczesnej dojrzałości** pomiędzy 70–85 lat,
- **wiek późnej dojrzałości** ponad 86 lat [6].

Zamiast o starości w przyszłości będziemy mówić o dojrzałości. Zmiana ta być może zapoczątkuje i rozpocznie szeroką dyskusję w opiece zdrowotnej, w której postrzeganie starości będzie zgoła odmienne od dzisiejszego, a proces przygotowywania do starości oraz zdrowotnych działań prewencyjnych rozpocznie się już po 50. r.ż.

W opiece geriatrycznej ważne dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest utrzymywanie u pacjentów sprawności funkcjonalnej, kontakt z opiekunami oraz motywowanie pacjentów do aktywności intelektualno-kulturalnej, a zwłaszcza do kontaktów z otoczeniem i rodziną [2]. Należy pamiętać, iż na zdrowie oraz funkcjonowanie osoby starszej w społeczeństwie duży wpływ ma sytuacja rodzinna, warunki ekonomiczne oraz status społeczny [4]. Szczególnie trudne w opiece nad pacjentem wieku podeszłego w POZ jest rozpoznanie ciężkich chorób przewlekłych oraz hospitalizacje i urazy. Wyniki badań naukowych [7] ostrzegają, iż ogólny stan zdrowia pacjenta geriatrycznego po leczeniu szpitalnym znacznie pogarsza się po hospitalizacji i pacjenci często nie wracają do poprzedniej sprawności. Kolejne i nawracające hospitalizacje stale pogarszają ogólny stan zdrowia pacjenta [7]. Lekarz rodzinny powinien także pamiętać o częstym

Okresy starości człowieka (wiek podeszły)	Lata życia
• Starość wczesna	60–74
• Starość późna	75–89
• Starość bardzo późna (długowieczność)	> 90

Tabela I. Podziały starości na podokresy.

Źródło: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. ViaMedica, Gdańsk 2006 [3].

1. Powszechność opieki	1. Dostęp do świadczeń systemów ochrony zdrowia
2. Dostępność opieki	2. Położenie placówek zdrowia blisko miejsca zamieszkania
3. Kompleksowość opieki medycznej	3. Zespołowe działania medyczne
4. Wysoka jakość opieki	4. Zastosowanie fachowej wiedzy medycznej i geriatrycznej
5. Długotrwałość opieki	5. Ciągłość opieki wynikająca z długofalowości

Tabela II. Zasady kompleksowej opieki geriatrycznej.

Źródło: Wieczorkowska-Tabiś K., Rajska-Neumann A., Stryczyński A., Józwiak A., *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*. „Geriatr. Pol.” 2006; 2: 3 [8].

występowaniu wielochorobowości i wielolekowości w geriatry, gdzie choroby układu krążenia, nowotwory oraz infekcje nadal są główną przyczyną umieralności pacjentów w wieku podeszłym. Po 60. r.ż. znacząco wzrasta zachorowalność na nowotwory złośliwe zarówno w populacji kobiet, jak i mężczyzn [2]. Zdarzające się opóźnienia w postawieniu diagnozy wielu poważnych chorób zwykle wynikają z dwóch powodów, z których jeden związany jest z opieką zdrowotną, a drugi z postawą pacjenta. W opiece zdrowotnej opóźnienie diagnozy często spowodowane jest wielochorobowością, która sprawia, że nie zawsze bierze się pod uwagę wystąpienie nowych groźnych chorób u pacjenta w podeszłym wieku leczonego z powodu wielu różnorodnych zaburzeń. Z kolei wielu pacjentów geriatrycznych nie ma odwagi mówić lekarzowi POZ o swoich nowych dolegliwościach, bojąc się rozpoznania ciężkich chorób. Aktywne pytanie lekarza o nowe dolegliwości ze strony układu krążenia i pozostałych układów może ułatwić wcześniejsze postawienie rozpoznania lub zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia. Opieka nad pacjentem w wieku podeszłym ma pewne stałe elementy, których poszczególne składowe tworzą kompleksową opiekę geriatryczną POZ (**Tabela II**) [8].

Dla lekarza rodzinnego niezmiernie ważne są również indywidualne działania prewencyjne wobec pacjenta geriatrycznego:

- zapobieganie powikłaniom chorób przewlekłych: nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, niewydolności serca, cukrzycy typu 2, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP);
- wczesne wykrywanie chorób nowotworowych;
- zapobieganie zespołowi słabości;
- zapobieganie niedożywieniu;
- zapobieganie niedoborowi witamin, zwłaszcza witaminy D;
- zapobieganie osteoporozie;
- prewencja kłopotów ze wzrokiem i słuchem;
- prewencja kłopotów z uzębieniem pacjenta;
- zapobieganie uzależnieniom;
- prewencja upadków.

Opieka geriatryczna nad pacjentem wieku podeszłego dla lekarza rodzinnego często jest medycyną dokonywania wyborów i podejmowania działań nad utrzymaniem sprawności funkcjonalnej, w wielu przypadkach może być to jednak trudne.

2. Współczesny model opieki nad pacjentem w wieku podeszłym w POZ na przykładzie Szwecji i Polski

Wydłużanie się, życia społeczeństw powoduje, że najważniejszym i głównym celem polityki zdrowotnej wobec ludzi w wieku podeszłym jest poprawa jakości życia i spowodowanie, aby mogli oni jak najdłużej funkcjonować w miarę samodzielnie i we własnym środowisku [2].

Rok 2012 był ogłoszony w Europie rokiem aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej. Struktury Unii Europejskiej (UE) zajęły się sprawami osób starszych – w wytycznych UE znalazły się 3 obszary, którym poświęcono szczególną uwagę:

- obszar niezależności ludzi starszych;
- dostosowanie rynku pracy do potrzeb ludzi starszych;
- aktywne starzenie się oraz opieka medyczna nad osobami starszymi.

Polską odpowiedzią na postulaty i założenia UE było opracowanie rządowego programu na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2012–2013 (ASOS). Programy aktywności osób starszych 50+ są podstawowym założeniem tego programu.

Obok zwiększania aktywności osób starszych rozpoczęto programy edukacji geriatrycznej lekarzy rodzinnych i pielęgniarek. Specjalizacja geriatryczna dla pielęgniarek, w której okres kształcenia trwa 2 lata, realizowana jest również w Polsce w różnych aspektach pod auspicjami tzw. Projektu Norweskiego opartego na Funduszu Współpracy Dwustronnej. Ma on za zadanie dostosować naszą ochronę zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych współczesnych społeczeństw [2]. Głównym celem programu rządowego jest poprawa jakości i poziomu życia seniorów. Deklarowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej założenia programu dotyczą sformułowania założeń długoterminowej polityki senioralnej zwłaszcza w kierunku zmian w polityce społecznej i ochronie zdrowia. Obecnie wiele środowisk społeczno-kulturalnych zauważa, iż w Polsce za późno zaczęliśmy mówić o starości i jej problemach.

Zbyt mały jest również nakład środków przeznaczonych na te cele, a obciążenie rodzin i pacjentów kosztami opieki jest bardzo znaczne. Bardzo duży jest również udział prywatny pacjentów geriatrycznych w dopłatach do leków. W Polsce ten udział należy do najwyższych w Europie [2].

Wiele krajów buduje modele opieki geriatrycznej powiązanej z opieką podstawową, które spełniają najważniejsze kryteria: kompleksowości, ciągłości i dostępności. W Europie państwem o jednej z najlepszych organizacji zdrowotnych oraz wskaźników zdrowia jest Szwecja [9]. Szwedzka polityka społeczna i zdrowotna określana jest obecnie jako polityka państwa dobrobytu [9]. Społeczeństwo Szwecji należy do jednych z najstarszych w Europie. Udział osób starszych powyżej 65. r.ż. wynosi w tym kraju ponad 19% przy średniej europejskiej 15% [9]. W Szwecji jest również największy odsetek osób powyżej 80. r.ż. wynoszący około 5,3% populacji przy średniej europejskiej 4%. Szwecja jest więc krajem z najwyższymi wskaźnikami podwójnego starzenia [1]. Populacja szwedzka charakteryzuje się także jednym z najwyższych wskaźników długości życia w zdrowiu. Tak dobre wskaźniki zdrowia są wynikiem wieloletniej polityki zdrowia publicznego oraz systemu opieki zdrowotnej państwa. Szwecja stosuje również wiele instrumentów ukierunkowanych na profilaktykę zdrowotną oraz prewencję niepełnosprawności w wieku podeszłym. Jednym z takich działań jest ordynowanie przez lekarzy określonych aktywności fizycznych, których realizacja i efekty są monitorowane.

Model szwedzki opiera się na modelu społeczno-gospodarczym zmierzającym do zmniejszania nierówności społecznych i zapewnieniu uniwersalnego bezpieczeństwa socjalnego [9]. W Szwecji duży ciężar opieki nad osobami w wieku podeszłym ponoszą samorządy terytorialne, a sam system opieki zdrowotnej jest bardzo zdecentralizowany. Udział samorządów lokalnych jest duży w organizowaniu opieki medycznej, zwłaszcza powstawania grantów na usługi opiekuńcze i procesy wykorzystywania potencjału wsparcia dla osób w wieku podeszłym [9]. Nakłady na opiekę długoterminową pacjenta w Szwecji obecnie wynoszą 3,6% produktu krajowego brutto (PKB), z czego 0,9% PKB przypada na usługi powiązane ze zdrowiem i 2,9% na usługi typowo socjalne. W Szwecji w 2007 roku przewidywana długość życia w zdrowiu wynosiła o kilka lat dłużej w porównaniu z Polską (**Tabela III**).

Innymi parametrami są wskaźniki diety, które określają poziom zastępowalności pokoleń. W Szwecji wynoszą one 1,9; w Polsce z powodu niskich wartości tych wskaźników czeka nas silna dynamika starzenia populacji, a co za tym idzie, możemy oczekiwać, gwałtownego pogorszenia się zdrowia populacji w przyszłości [2, 9].

Dużą rolę w opiece nad osobami starszymi w Szwecji odgrywa lekarz POZ.

Kompetencje lekarzy rodzinnych w Szwecji są dużo większe niż w Polsce – lekarz nadzoruje pracę zespołu medycznego. W Szwecji lekarz rodzinny może wykonywać szereg zabiegów, takich jak iniekcje dostawowe,

drobne zabiegi chirurgiczne, badanie wzroku i dostosowywanie okularów, usuwanie ciała obcego z oka czy zmianę opatrunków w uchu.

Do innych badań diagnostycznych dostępnych u lekarza POZ w Szwecji należą: rektoskopia oraz ocena zalegania moczu w pęcherzu moczowym.

W wyposażenie diagnostyczne lekarzy rodzinny jest nieporównywalnie lepsze od tego, jakie ma lekarz POZ w Polsce. Obok aparatu do mierzenia ciśnienia, otoskopu, oftalmoskopu, aparatu do EKG, szwedzki lekarz posiada dobrze wyposażony gabinet okulisty, mikroskop, tonometr do pomiaru ciśnienia w oku oraz spirometr.

Badania diagnostyczne możliwe do przeprowadzenia tym sprzętem są wykonywane u lekarza rodzinnego, a pacjent nie musi być kierowany do specjalisty w celu wykonania takich badań. W Szwecji lekarz rodzinny decyduje, czy pacjent może czekać na wizytę specjalistyczną ponad 4 tygodnie, czy też powinien być przyjęty natychmiast [9].

Szwecja charakteryzuje się jednym z najwyższych wskaźników liczby geriatrów przypadających na 100 tys. mieszkańców oraz najlepszą organizacją opieki nad osobami starszymi (**Tabela IV**) [9,10].

W pracy lekarzowi rodzinnemu pomaga zespół medyczny:

- **pielęgniarki** o dużych kompetencjach zawodowych przepisujące niektóre leki oraz opiekujące się pacjentami z chorobami przewlekłymi;

- **rehabilitanci medyczni** o szerokich kompetencjach zawodowych, do których rejestrowany jest pacjent bez wizyty u lekarza i którzy prowadzą pacjentów z chorobami kręgosłupa i stawów. Mogą oni również ordynować niektóre leki;

- **pracownik socjalny**, który dba o przygotowanie domów i mieszkań pacjentów starszych, tak aby mogli sprawnie w nich funkcjonować i przygotować się do choroby i starości.

Pracownik socjalny ściśle współpracuje z lekarzem, pomaga pacjentowi w radzeniu sobie z chorobą. Odpowiada za udostępnienia i ułatwienia w funkcjonowaniu pacjenta w domu, np. pomocne różnego typu balkoniki, wózki, szyny, przystosowanie mieszkania do potrzeb chorego w przypadku pacjenta na wózku. Opowiada za wyposażenie i sprzęty pomagające przy myciu, czesaniu, ubieraniu pacjentów starszych. Osoba ta również może zlecić wykonanie testów przesiewowych wcześniej wykrywających zaburzenia pamięci i demencje.

Taka organizacja opieki nad pacjentem w wieku podeszłym pociąga za sobą koszty finansowe.

Raporty finansowe ze Szwecji donoszą, iż w latach 1980–2005 łącznie nakłady na opiekę nad seniorami wzrosły o 60% z uwzględnieniem inflacji, choć w tym czasie liczba osób otrzymujących pomoc zmalała [9].

Samozmniejszenie liczby beneficjentów tłumaczy się poprawą zdrowia populacji w tym okresie. Badania finansowania opieki nad ludźmi starszymi w Szwecji wykazują, iż w 2050 roku w porównaniu z rokiem 2010 koszty opieki nad ludźmi starszymi wzrosną o 70%, nakłady na służbę zdrowia zaś tylko o 30%. Celem opieki nad osobą starszą w Szwecji jest opieka kompleksowa, która zabezpiecza poszczególne poziomy wsparcia pacjentów starszych.

Wachlarz dostępnych usług jest duży: od opieki instytucjonalnej, tzw. mieszkalnictwa specjalnego, do usług domowych i pielęgnacyjnych oraz nadzorowanych przez lekarza POZ usług medycznych.

Lekarz kontaktuje się z pacjentem starszym najczęściej przez telefon lub listownie i choć zwykle przyjmuje dziennie niewielu pacjentów, to jednak jest zaangażowany każdego dnia w zarządzanie sprawami około 30–40 pacjentów.

Dzień pracy zwykle rozpoczyna od kontaktów telefonicznych z pacjentami, na które przeznaczają około godziny dziennie [2, 9]. Dużym ułatwieniem w systemie pracy lekarza jest brak papierowych recept, recepta przepisywana jest elektronicznie i przesyłana do wybranej przez pacjenta apteki. Przychodnie lekarskie POZ gospodarują i zarządzają również pieniędzmi na dopłaty do leków. Jest to element budżetu przychodni, który wszyscy starają się racjonalnie wydatkować. Rozwój technologii medycznych i innych nowoczesnych pozamedycznych technik spowodował zmiany do podejścia nad opieką ludzi starszych, kierując główne siły na opiekę sprawowaną w domach pacjentów.

W Polsce brak jest jeszcze takich rozwiązań systemowych jak w Szwecji, należy jednak podkreślić, iż rozpoczęły się prace nad zmianą nastawienia do opieki geriatrycznej i systemu opieki nad osobami starszymi.

	Szwecja	Polska
Kobiety	75 lat	70
Mężczyźni	72 lata	64

Tabela III. Przewidywana długość życia w zdrowiu w 2007 roku w Szwecji i Polsce.

Źródło: Bakalarczyk R., *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji*. „Geriatra” 2009; 3: 12–16 [9].

Kraje Europy	Liczba lekarzy geriatrów na 1 mln mieszkańców
Szwecja	77
Dania	33
Niemcy	22
Hiszpania	222
Wielka Brytania	13
Polska	8

Tabela IV. Liczba geriatrów przypadająca na 1 mln mieszkańców w niektórych krajach Europy.

Źródło: Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygiel J., *Gerontologia i geriatra w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontol. Pol.” 2008; 16: 149–159 [2].

Akceptacja problemów starzejącego się społeczeństwa wydaje się pierwszym krokiem w rozpoczynaniu zmian i pozytywnym nastawieniu do rozwiązywania problemów tej populacji pacjentów.

Chociaż w Polsce istnieją struktury podobne do struktur szwedzkich, podstawową różnicę stanowi to, iż nie ma osoby zarządzającej i koordynującej procesem opieki nad pacjentem starszym.

Opiekę medyczną sprawuje lekarz, opiekę socjalną rodzina i ośrodki samorządowe, natomiast specjalistycznej opieki medycznej pacjent musi poszukać sam. Poszczególne ogniwa opieki nad osobami i pacjentami starszymi egzystują w dość luźnych strukturach [2].

Wyraźny jest brak współpracy zespołowej nadzorowanej przez lekarza rodzinnego, zwłaszcza w zakresie koordynowania usług medycznych, pielęgnacyjnych i socjalnych nad pacjentem starszym. Obniżania zaś kosztów opieki geriatrycznej można dokonywać w racjonalnym ich wykorzystywaniu oraz koordynowaniu tej opieki. Ponieważ w Polsce brak jest jeszcze określonej liczby geriatrów, zadania te mogliby wykonywać lekarze rodzinni.

Innym problemem jest wycena świadczeń opieki nad pacjentami w wieku podeszłym. W Polsce świadczenia te nie są dostępne dla lekarza rodzinnego, a w opiece geriatrycznej wycena procedur nie pokrywa się z faktycznie poniesionymi kosztami [2].

W geriatrii zdrowie pacjenta ocenia się całościowo, a nie wybiórczo, a ponieważ kompleksowa ocena geriatryczna (KOG) obejmuje wiele układów i funkcji pacjenta, pociąga to za sobą zwykle kosztowną diagnostykę [2].

3. Rola rodziny i opiekuna w opiece nad osobą starszą

Definicja opiekuna rodzinnego

Opiekunem rodzinnym jest osoba, która starszemu członkowi rodziny mającemu więcej niż 65 lat świadczy różnego rodzaju opiekę, wsparcie i pomoc przez co najmniej 4 godzinny w tygodniu z wyłączeniem pomocy polegającej jedynie na wspieraniu w wymiarze finansowym.

Przez wiele lat rola rodziny w opiece nad pacjentami starszymi nie była badana, nie było to również domeną zainteresowań badaczy i polityków. Problem ten został zauważony i wzbudził zainteresowanie lekarzy, naukowców i polityków w latach 90. Obecnie wiele państw Europy zachodniej stosuje prawo, w którym wsparcie ze strony rodziny nad pacjentami starszymi jest wzmacniane przez potencjał państwa.

W Szwecji od 2009 roku funkcjonuje prawo wsparcia dla osób opiekujących się pacjentami starszymi, osobami przewlekle chorymi oraz pacjentami z funkcjonalnymi ograniczeniami. Władze lokalne organizują wiele spotkań dla rodzin osób niepełnosprawnych i ich opiekunów nieformalnych. Uściślono i zdefiniowano również definicję opiekuna rodzinnego.

Obecnie za opiekuna rodzinnego osoby starszej uznaje się osobę spełniającą określone kryteria.

Dla opiekunów rodzinnych tworzone są specjalne formy wsparcia np. urlop za opiekę, zasiłek dla opiekuna, poradnictwo, szkolenia, uelastycznienie godzin pracy oraz dostęp do tzw. opieki wytchnieniowej, kiedy możliwości wsparcia ze strony opiekuna rodzinnego zostają okresowo wykorzystane.

Badacze podkreślają, iż promowanie i rozpowszechnianie domowych form opieki nad pacjentem starszym i seniorem przy pomocy opiekunów rodzinnych bez głównego udziału opieki instytucjonalnej tworzy nową erę społecznego rozwoju opieki nad seniorami wobec wyzwań starzejących się społeczeństw. W przyszłości taka opieka zapewnić może jedną z najlepszych form wsparcia dla osób starszych i pacjentów geriatrycznych [2].

4. Kierunki rozwoju opieki geriatrycznej w Polsce, projekt PolSenior

Uwarunkowania i potrzeby opieki zdrowotnej i socjalnej nad seniorami w Polsce przez wiele lat badane były w projekcie PolSenior, którego wyniki dla wielu osób zarządzających i kształtujących system opieki geriatrycznej w Polsce są podstawowym źródłem danych. Badanie to było wieloosrodkowe i obejmowało wiele aspektów życia osób po 65. r.ż. [11].

W badaniu PolSenior wzięło udział 5695 osób, z czego 4979 respondentów stanowiły osoby po 65. r.ż. Pomysł badania został przedstawiony przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW), które chciało zebrać rzetelne informacje do oceny zdrowia i sytuacji finansowo-socjalnej osób w podeszłym wieku. Początki projektu PolSenior sięgają 2006 roku, kiedy MNiSW ogłosiło konkurs na projekt „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”.

Pierwotnie do realizacji zakwalifikowanych zostało 6 projektów, z których 4 obejmowały szeroki zakres zagadnień z dziedzin:

- medycyny;
- problematyki społeczno-ekonomicznej;
- opieki zdrowotnej.

Projekty różniły się jednak co do doboru próby badawczej i zakresu badań. Ostatecznie ministerstwo zdecydowało o przeprowadzeniu wspólnego programu badawczego realizowanego przez konsorcjum złożone z wykonawców zakwalifikowanych projektów.

Projekt końcowy zawierał elementy wszystkich zakwalifikowanych programów i zachował spójność metodyczną. Dzięki współpracy 34 ośrodków naukowych powstał największy w Polsce multidyscyplinarny projekt poruszający zagadnienia medyczne, społeczne, biologiczne i ekonomiczne starzejącego się społeczeństwa. Głównymi celami projektu PolSenior była ocena stanu zdrowia i sprawności osób po 65. r.ż. oraz analiza ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Najważniejszym założonym rezultatem projektu było wypracowanie rekomendacji rozwiązań dla polityki państwa i samorządu terytorialnego w kierunku poprawy jakości życia osób starszych, a zwłaszcza wydłużenia okresu niezależnej egzystencji seniorów. Projekt zakończył się sukcesem,

opracowano główne założenia opieki nad osobami starszymi w Polsce. Te założenia obecnie pomagają sformułować wytyczne do poprawy jakości opieki nad polskimi seniorami oraz wyznaczają kierunki działań promocji i profilaktyki zdrowia dla seniorów. Wyniki badania Pol-Senior poparte zostały dowodami naukowymi. Poglębiomym badaniom medycznym została poddana grupa 1500 osób. W tej grupie wykonano badania EKG, pomiaru fali tętna, spirometrię, pulsoksymetrię oraz wykonano KOG. Pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych kierowani byli na badania tomografii komputerowej głowy oraz SPECT, a po nich kierowano pacjentów na konsultację psychologiczną i neurologiczną.

Założenia rozwoju opieki geriatrycznej wynikające z projektu PolSenior:

1. Zapewnienie systemów wsparcia umożliwiających zaspokojenie specyficznych dla podeszłego wieku potrzeb.
2. Podjęcie rozszerzonych zakresów działań profilaktycznych przyjaznych dla osób starszych.
3. Popularyzacja aktywności zdrowotnej wśród osób po 60. r.ż.
4. Powstanie systemu wczesnej rehabilitacji i zapobiegania niesprawności u osób starszych.
5. Konieczność wdrożenia działań z zakresu prewencji pierwotnej oraz wczesnego wykrywania i leczenia niesprawności i zaburzeń poznawczych osób starszych, zwłaszcza otępienia, uznawanych przez chorych i ich rodziny za objawy starości.
6. Poglębianie wiedzy na temat przygotowania społeczeństwa do starości, polegające na pogłębianiu wiedzy i zainteresowań dotyczących zmian biologicznych, zdrowotnych i społecznych zachodzących z wiekiem.
7. Poprawa warunków mieszkaniowych seniorów oraz dostosowanie mieszkań i infrastruktury komunalnej oraz społecznej do ich potrzeb i możliwości osób starszych.
8. Zwalczanie przemocy w stosunku do osób starszych, zwłaszcza przemocy psychicznej, powstanie błękitnej karty.
9. Zapobieganie oraz zwalczanie przejawów wykluczenia (społecznego, finansowego i cyfrowego).
10. Powstanie działań integracyjnych, wspierania rodzin osób starszych, ułatwiania kontaktów międzypokoleniowych i szeroko pojętej edukacji.

Założenia te obejmują kierunki rozwoju promocji i prewencji we współczesnej geriatric [11–16].

Indywidualny profil prewencji pacjenta geriatrycznego wysuwa się na plan pierwszy przed profilem ogólnopolskim. Należy pamiętać, iż lekarz rodzinny w realizacji tych działań profilaktycznych powinien uruchomić szeroki zakres działań zespołowych mogących poprawić zdrowie pacjenta seniora, zwłaszcza jeżeli chodzi o działania samorządów lokalnych dla osób starszych.

5. Utrzymanie sprawności funkcjonalnej pacjenta geriatrycznego w POZ jako wyzwanie rodzinnej medycyny geriatrycznej

Ocenę sprawności funkcjonalnej pacjenta dokonuje się w ramach KOG. Ocena ta obejmuje wiele aspektów zdrowia (**Rysunek 1**). Badania nad KOG wykazały, iż lepsze efekty KOG otrzymywane są w pracy zespołowej nad pacjentem w porównaniu z metodą konsultacyjną. Prawidłowo przeprowadzona KOG, którą później można wykorzystać do poprawy sprawności funkcjonalnej pacjenta, jest obiektywnym narzędziem pracy lekarza [8].

Do oceny stanu somatycznego pacjenta geriatrycznego zaliczamy:

- sprawność mobilną pacjenta;
- poziom bólu;
- poziom niedożywienia;
- poziom wielochorobowości.

Znajomość kompleksowej oceny geriatrycznej, która ocenia różne aspekty zdrowia pacjenta, pomaga lekarzowi w obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta.

W zakresie dobrego stanu psychicznego lekarz POZ powinien ocenić:

- funkcje poznawcze pacjenta;
- ocenę nastroju;
- brak występowania depresji.

W ocenie sytuacji socjalno-ekonomicznej lekarz POZ ocenia:

- kontakty z najbliższymi;
- możliwość wykupienia leków;
- zaspokajanie potrzeb życiowych.



Rysunek 1. Elementy składowe kompleksowej oceny geriatrycznej pacjenta.

Źródło: Wiczkowska-Tabiś K., Rajska-Neumann A., Stryżński A., Jóźwiak A., *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*. „Geriatr. Pol.” 2006; 2: 3 [8].

Do oceny poszczególnych stanów wykorzystuje się wiele skal oceny pacjenta, np. skalę Katza, geriatryczną skalę depresji, Mini Mental Scale Examination (MMSE), skalę Nortona itd. Należy zauważyć, że ocena KOG jest pracochłonna i zwykle wykonuje się ją okresowo. Podstawowe czynności życiowe (*Activities of Daily Living*) ocenia się w warunkach najbliższego otoczenia pacjenta i codziennego jego funkcjonowania. Do całościowej oceny KOG może być wymagana wizyta lekarza w domu pacjenta lub kontakt z opiekunem. Dobry stan pacjenta geriatrycznego to samodzielność pacjenta w zakresie ADL – oznacza, iż pacjent jest w stanie poradzić sobie bez pomocy osób drugih i może mieszkać sam. Do oceny podstawowych funkcji życiowych służy skala Katza pomagająca lekarzowi w ocenie stanu pacjenta i obejmująca 6 podstawowych funkcji życiowych.

1. Spożywanie posiłków.
2. Przemieszczanie się z łóżka.
3. Korzystanie z toalety.
4. Mycie i kąpiel.
5. Ubieranie i rozbieranie się.
6. Kontrola oddawania moczu i stolca.

Na drugim końcu stanu pacjenta jest **niepełnosprawność/niesamodzielność znacznego stopnia**, która oznacza potrzebę 24-godzinnej opieki i często konieczność umieszczenia pacjenta starszego w instytucji opiekuńczej lub stałej opieki osoby drugiej. Do oceny wskazań do opieki 24-godzinnej nad pacjentem służy skala Barthel. Skala ocenia takie parametry życiowe, jak: spożywanie posiłków, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie całego ciała, ubieranie i rozbieranie się, kontrola oddawania moczu i stolca. Jeśli pacjent wykonuje daną czynność samodzielnie, otrzymuje na ogół 10 punktów, jeśli z pomocą, to otrzymuje 5 punktów. Liczba punktów 40 i poniżej zwykle decyduje o konieczności zapewnienia pacjentowi geriatrycznemu 24-godzinnej opieki. Lekarz rodzinny zwykle zna swoich pacjentów od lat. Niejednokrotnie problemem jest stopniowe przechodzenie pacjenta ze sprawności do niesprawności odbywające się stopniowo i powoli. Lekarz POZ powinien być szczególnie czujny, jeśli pojawiają się nowe zachowania, których nie obserwował wcześniej, np. zapominanie i gubienie poszczególnych rzeczy, jako ryzyko rozwoju demencji [17]. Zwrócenie przez lekarza szczególnej uwagi na powtarzające się problemy ze zdrowiem pacjenta i zmiany pewnych zachowań funkcjonalnych może pomóc we wczesnym zdiagnozowaniu problemu. Wiele chorób w wieku podeszłym ma przebieg inny, często atypowy. Co więcej, wiele chorób nakłada się na siebie, maskując lub potęgując poszczególne objawy. Łagodne zaburzenia poznawcze nie są w swoim początku chorobą, ale nie są również normą i mogą po latach trwania prowadzić do choroby Alzheimera, której diagnostyka musi spełnić określone procedury. Lekarz rodzinny powinien pamiętać, iż bardzo często pacjent z otępieniem w pierwszych okresach może być pacjentem wesołym i bezkrytycznym, np. nie martwi się niezaplaconymi rachunkami, tym, czy zażywa leki, czy nie. Często zostawia te problemy swoim opiekunom, współmałżonkom, czy partnerom [12, 17].

6. Wielkie problemy geriatryczne

Wielkie problemy geriatryczne doprowadzają do narastania problemów zdrowotnych i ograniczają sprawność funkcjonalną pacjentów w wieku podeszłym. Często mogą również doprowadzić do hospitalizacji i zagrożenia życia pacjenta (**Tabela V**).

Lekarz rodzinny powinien być szczególnie wrażliwy na zapobieganie i wczesne wykrywanie wielkich problemów geriatrycznych.

Do najczęściej występujących zaliczamy problemy z nietrzymaniem moczu, depresje i upadki. Często jednak pacjent nie informuje o tych problemach swojego lekarza, a on nie pyta aktywnie o występowanie tych problemów [12]. Jeśli u pacjenta występują nagle zmiany zachowań, lekarz rodziny aktywnie powinien szukać przyczyn pogarszania się sprawności funkcjonalnej pacjenta, np. w przypadku pacjenta, który zwykle przychodził po recepty na leki, a który pewnego dnia prosi o wizytę domową związaną z pogorszeniem stanu funkcjonalnego, mówiąc lekarzowi, „że jest już stary”. Przyczyną takiego stanu rzeczy może okazać się upadek pacjenta w domu, a obniżenie sprawności funkcjonalnej wynika z lęku pacjenta przed ponownym upadkiem. W konsekwencji upadku pacjent pozostaje w domu, co może potęgować osamotnienie, które następnie może doprowadzić do pogorszenia stanu psychicznego i depresji. Lekarz rodzinny powinien pytać swoich starszych pacjentów o występowanie wielkich problemów geriatrycznych, a jeśli występują – pomagać pacjentowi w radzeniu sobie z nimi.

Interwencja lekarza rodzinnego ukierunkowana na czynniki ryzyka występowania wielkich problemów geriatrycznych ma istotny wpływ na zmniejszenie częstości ich pojawiania się (**Tabela VI**) [18–20].

7. Opieka nad pacjentem w wieku podeszłym kierowanym do szpitala i opieka po hospitalizacji

Większość pacjentów geriatrycznych po wypisie ze szpitala kontaktuje się ze swoim lekarzem POZ i dzięki temu opieka jest kontynuowana, czego z pewnością nie było w Polsce przed reformą służby zdrowia w latach 80. czy 90., kiedy nie istniały listy pacjentów POZ.

W Europie, np. w Belgii w chwili przyjęcia pacjenta geriatrycznego w wieku powyżej 75 lat wdrażana jest w szpitalu 5-elementowa skala geriatryczna. Jeżeli pacjent uzyskuje w niej ponad 2 punkty, to wdrażana jest standardowa i szczegółowa procedura opieki geriatrycznej nad pacjentem. Pacjent, który uzyskał poniżej 2 punktów, jest przyjmowany i diagnozowany według ogólnych kryteriów hospitalizacji (**Tabela VII**).

Wprowadzanie takiej skali ma szczególne znaczenie dla pacjentów na oddziałach chirurgicznych i onkologicznych, gdzie geriatryczny punkt widzenia jest niezmiernie ważny w uzyskiwaniu dobrych wyników operacyjnych pacjentów starszych [22]. W przyjmowaniu pacjenta geriatrycznego do szpitala niezmiernie ważne są pytania lekarza dyżurnego, czy w domu pacjenta nie pozostała

Wielkie problemy geriatryczne	Zagrożenie i konsekwencje
• Niesprawność ruchowa i unieruchomienie	• Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu
• Upadki, zaburzenia chodu i postawy	• Złamania
• Omdlenia	• Nagłe zgony, upadki, złamania
• Nietrzymanie moczu	• Ograniczenia funkcjonowania
• Nietrzymanie stolca	• Problemy socjalne
• Depresja	• Izolacja pacjenta
• Ołępienie	• Wypadki w domu
• Odleżyny	• Niepełnosprawność
• Majaczenia	• Zagrożenie życia

Tabela V. Wielkie problemy geriatryczne.
Źródło: Bieł B., *Specyfika geriatryi – odrębność i zasady postępowania*, w: Galus K., *Geriatrya*. Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2007 [12].

Wielkie problemy geriatryczne	Zapobieganie i działania prewencyjne
• Niesprawność ruchowa i unieruchomienie	• Ograniczenia stosowania procedur i sprzętu utrudniającego poruszanie (cewniki, kroplówki)
• Upadki, zaburzenia chodu i postawy	• Przystosowanie otoczenia dla osób starszych poręczy i antypoślizgowych mat
• Omdlenia	• Wnikliwa diagnostyka kardiologiczna i neurologiczna
• Nietrzymanie moczu	• Działania prewencyjne, ćwiczenia dna miednicy mniejszej, konsultacja ginekologiczna
• Nietrzymanie stolca	• Diagnostyka proktologiczna, wykluczenie zmian organicznych
• Depresja	• Aktywacja intelektualna i socjalna
• Ołępienie	• Wypadki w domu
• Odleżyny	• Zapobieganie niesprawności ruchowej, kontrola poziomu albumin i frakcji białkowych, zapobieganie niedożywieniu
• Majaczenia	• Przeciwdziałanie odwodnieniu, zażywaniu leków nasennych

Tabela VI. Zapobieganie i prewencja występowania wielkich problemów geriatrycznych u pacjentów starszych.
Źródło: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. ViaMedica, Gdańsk 2006 [3].

Rodzaj zaburzenia	Liczba punktów
1. Ocenę zaburzeń poznawczych (majaczenie, ołępienie lub dezorientacja)	1
2. Informacje, czy chory mieszka samotnie, brak kontaktu z opiekunem	1
3. Ocenę problemów z poruszaniem i samodzielnym wstawaniem, upadek w krótkim czasie przed hospitalizacją	1
4. Poprzednia hospitalizacja w ciągu poprzedzających 3 miesięcy	1
5. Wielolekowość-stosowanie, co najmniej 5 leków	1

Tabela VII. Skala oceny geriatrycznej przy hospitalizacji pacjenta.
Źródło: PACE participants, Audisio RA, Pope D et all. Shall we operate? Preoperative assessment in elderly care patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study. *Cri Rev Oncol Hematol* 2008; 65: 156 [21].

osoba bliska jeszcze bardziej chora i niepełnosprawna od pacjenta przyjmowanego do szpitala.
Pacjent geriatryczny zwykle boi się hospitalizacji. Obecność w czasie przyjmowania do szpitala pacjenta rodziny lub opiekuna zwykle może pomóc lekarzowi

w zbieraniu wywiadu i postawieniu rozpoznania, np. ostrej choroby chirurgicznej [21, 22].
Większość pacjentów zwykle źle wspomina pobyt w szpitalu związany z koniecznością bycia poza domem w pogorszonych warunkach zdrowia. Najgorzej ocenia-

ne są szpitalne oddziały ratownictwa medycznego, gdzie w wielu krajach pacjent zwykle musi czekać kilka godzin, i słabe są procedury opieki nad pacjentem geriatrycznym.

Lekarz szpitalnictwa zamkniętego, pracujący na oddziałach szpitalnych codziennie, czasem traci możliwość obiektywnej oceny szczególnie zmienionych warunków zdrowia pacjenta i konieczności pobytu pacjenta w szpitalu. Dodatkowo lekarze pracujący w szpitalu na co dzień, traktują swoje miejsce pracy jako normę i codzienne funkcjonowanie. Na dyżurze nocnym lekarz zmagają się ze zmęczeniem, obciążeniem pracą i dużą ilością dokumentacji medycznej oraz często złą organizacją opieki medycznej. Trudno jest w tych warunkach o dobre rozwiązania, które pomogłyby w rozumieniu potrzeb pacjentów. W polskich doświadczeniach hospitalizacji pacjentów starszych należy wspomnieć jednak o rozwoju onkologii geriatrycznej i powstaniu w Polskim Towarzystwie Chirurgii Onkologicznej grupy onkologii geriatrycznej pod nazwą GONG (Geriatric Oncology Group).

Grupa ta powstała w celu oceny i standaryzacji onkologicznych pacjentów starszych przyjmowanych do szpitala [23]. Wypracowane rekomendacje uwzględniają stan funkcjonalny pacjenta geriatrycznego oceniany przy użyciu karty pacjenta geriatrycznego. Wyniki badań opublikowanych w 2013 roku dotyczących hospitalizacji w Polsce pacjentów powyżej 65. r.ż. podają, iż 90% ubezpieczonych pacjentów w tym wieku korzysta z opieki zdrowotnej. W 2009 roku hospitalizowanych ogółem było 7,2 mln osób, z czego 26,3% stanowili pacjenci powyżej 65. r.ż. Grupa ta stanowiła tylko 13% populacji polskiej. Spośród 2,9 miliona pacjentów SOR 37% stanowiły osoby po 65. r.ż., a spośród 2 109 987 hospitalizowanych pacjentów powyżej 65. r.ż., było 1 205 495 kobiet oraz 904 492 mężczyzn, różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,0001$) [24]. Choroby układu krążenia stanowiły najczęstszą przyczynę hospitalizacji wraz z zawałem serca oraz zabiegami zaćmy [24]. W Polsce poprawiła się znacznie opieka nad geriatrycznymi pacjentami kardiologicznymi. Chociaż nadal choroby układu sercowo-naczyniowego są pierwszą przyczyną zgonów populacji geriatrycznej, to wskaźniki śmiertelności z powodu tych schorzeń uległy znaczącej poprawie. Statystycznie więcej hospitalizacji było u kobiet z powodu udarów i złamań szyjki kości biodrowej, u mężczyzn zaś z powodu zawałów serca i zapalenia płuc [24]. W specjalistycznej opiece ambulatoryjnej było przyjętych 4,3 miliona osób, z czego 19,6% stanowili pacjenci powyżej 65. r.ż. W opiece nad pacjentem po hospitalizacji niezwykle ważne jest wypełnianie zaleceń mieszczących się na karcie wypisowej pacjenta oraz zainteresowanie lekarza POZ co do możliwości realizacji tych zaleceń, zwłaszcza możliwości leczenia i poprawy opieki nad pacjentem oraz szukania innych lepszych sposobów leczenia chorób sercowo-naczyniowych [13, 25]. Jednym z istotnych problemów dla lekarza POZ i pacjenta jest możliwość realizacji zleconego leczenia, zwłaszcza realizacja recept lekarskich. W Polsce sytuacja finansowa ludzi starszych w zdecydowanej większości

przypadków nie jest najlepsza, a opieka socjalna państwa nad tą częścią populacji jest słaba lub bardzo słaba. Jakkolwiek częsty jest również brak środków finansowych do opieki nad pacjentem starszym oraz brak pełnego przygotowania służb medycznych do tego typu opieki.

W opiece nad pacjentami starszymi niezwykle ważną jest kompleksowa opieka medyczna uwzględniająca np. ryzyko kolejnego złamania u pacjenta po hospitalizacji spowodowanej złamaniami oraz pogorszenia się z powodu niedoborów witaminy D chorób neurodegeneracyjnych, a także odpowiedniego postępowania profilaktycznego zapobiegającego ponownym złamaniom [15, 16, 18]. Innym ważnym problemem po hospitalizacji pacjenta w wieku podeszłym i starszym jest zainteresowanie się lekarza POZ koniecznością zwiększonej opieki medycznej i socjalnej, ponieważ pacjent po hospitalizacji zwykle tego wymaga, jak również pomocy w zakresie codziennego funkcjonowania i powrotu do sprawności. Ważną rolę jednocześnie odgrywa powrót do zdrowia pacjenta po zastosowaniu odpowiedniego leczenia żywieniowego i diety w wielochorobowości pacjenta po hospitalizacji [19, 26]. Zapobieganie powtórny hospitalizacjom w wieku geriatrycznym nie jest zadaniem łatwym. Zwykle lekarz powinien zwrócić szczególną uwagę na przyczynę hospitalizacji i starać się poprawić stan choroby przewlekłej, która była przyczyną hospitalizacji. Jeśli hospitalizację spowodował np. zawał serca, to pacjent wymagać będzie szczególnej opieki kardiologicznej oraz związanych z nią badań [20, 27].

W przypadku hospitalizacji z powodu zapalenia płuc konieczna jest kontrola pacjenta co do ustępowania objawów chorobowych i ewentualnie szczepień przeciw zapaleniu płuc. U pacjentów palących należy myśleć o badaniach czynnościowych płuc i diagnostyce obrazowej oraz wykryciu ewentualnych zmian, zwłaszcza w przypadku nawracającego zapalenia tego samego płuca. Szczególnie alarmujące są powtarzające się hospitalizacje w krótkim okresie czasu.

8. Politerapia i polipragmazja w medycynie osób wieku podeszłego

Polipragmazją w medycynie określamy sytuację, w której chory przyjmuje więcej niż kilka leków jednocześnie. Polipragmazja należy do jednych z najczęstszych błędów w leczeniu, który prowadzi do znacznego zwiększenia występowania interakcji typu lek-lek oraz lek-pożywienie. Zła ordynacja leków może spowodować ciężkie i nieodwracalne powikłania terapeutyczne [28]. Do przyczyn złego i niewłaściwego zażywania leków w geriatryi zaliczamy:

- nieznajomość mechanizmów działania leków;
- nieznajomość interakcji między lekami;
- nieznajomość objawów niepożądanych wywołanych przez przepisane leki.

W medycynie geriatrycznej prewencja czwartego stopnia [28], czyli unikanie potencjalnych zagrożeń ze strony służb medycznych, jest istotnym elementem opieki nad pacjentami. Politerapia związana z przewlekłością chorób oraz koniecznością kierowania pacjentów do

opieki specjalistycznej o różnym profilu mnoży liczbę zaleceń lekarskich i zlecanych badań. Skąpoobjawowość niektórych chorób w geriatrici powoduje, iż zastosowanie diagnostycznych badań analitycznych i obrazowych jest jednym z najczęstszych problemów. Pacjent geriatryczny wymaga w systemie opieki zdrowotnej znacznie więcej procedur i wizyt. Mnoży to liczbę przepisywanych leków i stosowanej politerapii. Po hospitalizacji często dochodzi do zwiększenia liczby zalecanych leków, których często nie da się odstawić z powodu pogorszenia stanu zdrowia. Najczęstszą przyczyną polipragmazji jest wiek pacjenta oraz liczba konsultacji lekarskich udzielanych pacjentowi. Wiele problemów zdrowotnych osób starszych wynika ze stosowania przez pacjenta różnych leków.

- Bezsensowność może być powodowana stosowaniem preparatów *Ginkgo biloba*.
- Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze stosowaniem niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ).
- Nasilenie zaburzeń poznawczych może być spowodowane stosowaniem leków przeciwhistaminowych, np. loratydyny.

Wszystkie powyższe przykłady dotyczą leków z grupy OTC (*over the counter*) kupowanych przez osoby starsze bez recepty.

Polskie populacyjne badania PolSenior wykazały, iż osoby starsze w Polsce zażywają średnio ponad 5 leków, a ponad 90% starszych pacjentów przyjmuje leki codziennie [11].

W literaturze naukowej wyróżnia się interakcje:

- lek–pożywienie;
- lek–choroba;
- lek–lek.

Polipragmazja jest terapią wielolekową, zwykle bez znajomości konsekwencji niewłaściwej ordynacji leków i często łączenia z preparatami dostępnymi bez recepty [29]. Politerapia to stosowanie wielu leków w celu osiągnięcia lepszego efektu terapeutycznego, np. w leczeniu nadciśnienia tętniczego, lub eradykacji zakażenia *Helicobacter pylori*. Rozsądna politerapia wymaga oceny ryzyka i zagrożenia dla pacjenta oraz dobrej znajomości farmakokinetyki i farmakodynamiki stosowanych leków. W Polsce i na świecie coraz częściej stosuje się preparaty typu *polypill* zawierające połączenie kilku aktywnych substancji. W stosowaniu politerapii konieczna jest również znajomość historii uczuleń i nadwrażliwości na poszczególne substancje występujące w lekach. Sytuacje, w których pacjent geriatryczny zażywa kilka różnych leków, są coraz częstsze, co spowodowane jest m.in. postępowaniem medycyny. Nieracjonalnie i często stosowanie bez uzasadnienia np. leków osłonowych typu inhibitory pompy protonowej (IPP) stwarza podwyższone ryzyko wystąpienia u pacjenta skutków ubocznych, których efektem może być: nasilenie, osłabienie, zniesienie działania przyjętych leków oraz związane z tym komplikacje w leczeniu pacjenta. Ryzyko wystąpienia interakcji lekowych jest tym wyższe, im więcej leków zażywa pacjent (**Tabela VIII**).

Przyczyn polipragmazji jest wiele, zwiększona liczba konsultacji medycznych jest jedną z nich.

Liczba stosowanych leków	Procent interakcji
2 leki	6%
5 leków	50%
8 leków	100%

Tabela VIII. Ryzyko interakcji zażywanych leków.

Źródło: Neumann-Podczaska A., Wieczorkowska-Tabis K., Grześkowiak E., *Interakcje lek-lek w geriatrici*. „Geriatrica” 2013; 7: 238–242 [28].

9. Poprawa opieki nad pacjentami starszymi (organizacja ochrony zdrowia, postawa, wiedza i umiejętności personelu) w POZ w Polsce

W obecnym systemie opieki zdrowotnej nie ma motywowania lekarzy POZ do zwiększania opieki nad pacjentami starszymi. Zakres kompetencji lekarza POZ ogranicza znacznie opiekę nad pacjentem geriatrycznym. Dzieje się tak głównie z powodu braku zasobów finansowych przeznaczonych na ten typ opieki. Wydaje się jednak, iż lekarzowi POZ w Polsce nie jest daleko do geriatrici.

Długoterminowa opieka nad pacjentem, ustalona pozycja, jeśli chodzi o kontakt i wiedzę o pacjencie, oraz możliwość motywowania pacjenta do zmian w celu jak najdłuższego utrzymania sprawności funkcjonalnej są niezwykle istotnymi atutami lekarzy rodzinnych. Systemy opieki zdrowotnej w wielu krajach europejskich wykorzystują bazę lekarzy POZ do sprawowania opieki nad pacjentami starszymi.

Procesy zmiany organizacji ochrony zdrowia nad pacjentem geriatrycznym są wyzwaniem dla płatnika, zwłaszcza w sytuacji ograniczonych środków finansowych. W Polsce w POZ finansowanie opieki nad osobami powyżej 65. r.ż. jest wyższe niż populacji ogólnej, a wskaźnik opieki jest zwiększony. Nie pokrywa on jednak kosztów tej opieki (z powodu większej niż przewidziano liczby wizyt osób starszych u lekarza POZ), badań oraz niejednokrotnie pomocy pielęgniarstwa.

Lekarz POZ nie ma także dostępu do poszerzonej diagnostyki specjalistycznej (echo serca, badanie ciśnienia metodą Holtera, diagnostyka chorób tarczycy, badanie densytometryczne, badania USG stawów).

W systemie POZ są bardzo duże kłopoty z uzyskaniem opieki pielęgniarstwa dla pacjentów obłożnie chorych. Pomimo dobrze zdiagnozowanych kierunków opieki nad pacjentem starszym (badanie PolSenior) [11] oraz odbywających się cykli szkoleń dla lekarzy i pielęgniarzy POZ w zakresie opieki geriatrycznej w chwili pisanego tego artykułu w Polsce nie ma rozwiązań systemowych mogących tę opiekę polepszyć. Utrudniony jest również dostęp pacjentów do poradni geriatrycznych. W Polsce zbyt dużo pieniędzy wydaje się na hospitalizację pacjentów, które w sumie pochłaniają 43% środków NFZ. Na ambulatoryjną opiekę zdrowotną NFZ wydaje tylko 16%

środków, co powoduje brak możliwości diagnostycznych pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Z roku na rok rośnie również liczba hospitalizowanych pacjentów, nie poprawiając zdrowotności ogólnej populacji. Zmiany systemowe z pewnością są potrzebne zarówno w motywowaniu personelu do kształcenia w zakresie opieki geriatrycznej, jak i pracy z pacjentem powyżej 65. r.ż. Postawa pacjentów starszych wobec lekarzy POZ w Polsce z reguły jest dobra, co wykazały badania PolSenior przeprowadzone w 34 ośrodkach naukowych w Polsce i badające od 2006 roku polskich seniorów. Podstawowa opieka zdrowotna została przez tę grupę pacjentów najlepiej oceniona. Często pacjent geriatryczny darzy swojego lekarza POZ głębokim zaufaniem i to lekarz rodzinny w systemie opieki zdrowotnej najczęściej kontaktuje się z pacjentem i jego rodziną [30]. Jednak powszechny obecnie negatywny obraz starości kłóci się z obrazem nowoczesnych osiągnięć medycyny, zabiegów laparoskopowych, kardio-interwencyjnych zabiegów wszczepiania stentów czy diagnozowania za pomocą rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej [31].

Podsumowanie

Podsumowując analizę opieki nad osobami w wieku podeszłym w POZ, szczególny nacisk należy zwrócić na organizowanie i zapewnienie pacjentowi w wieku podeszłym opieki kompleksowej, blisko pacjenta, przy współudziale rodziny i opiekunów. Ważne jest dbanie o działania prewencyjne i zapobieganie występowaniu wielkich problemów geriatrycznych. Istotne jest również wczesne podejmowanie szeroko pojętych działań profilaktycznych zapobiegających utracie sprawności funkcjonalnej pacjenta oraz organizowanie wsparcia społecznego. W organizowaniu opieki nad pacjentem w wieku podeszłym powinno pomóc szukanie odpowiedzi na następujące pytania: Jak będzie wyglądać opieka nad pacjentami starszymi w Polsce w starzejącym się społeczeństwie? Czy lekarze rodzinni będą ważnym ogniwem tej opieki? Czy lekarz rodzinny będzie wyposażony w niezbędne narzędzia do jej sprawowania? Niezmiernie istotny jest również głos pacjentów i ich rodzin nad zabezpieczaniem potrzeb zdrowotnych tej grupy społecznej.

Piśmiennictwo

1. *Proportion of population aged and over*. Eurostat, 2008.
2. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontol. Pol.” 2008; 16: 149–159.
3. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. ViaMedica, Gdańsk 2006.
4. Bień B., *Stan zdrowia i sprawności ludzi starszych*. Gdańsk 2002.
5. Palmore E., *Ageism in Canada and Unites States*. „J. Cross. Cult. Gerontol.” 2004; 19: 41–46.
6. Kropińska S., Tobis S., Jakrzewska-Sawińska A., Wieczorkowska-Tobis K., *Dlaczego boimy się starości?* „Geriatrya” 2013; 7: 19–23.
7. Borenstein J., Aranow H. et al., *Early recognition of risk factors for adverse outcomes during hospitalization among Medicare patients: a prospective cohort study*. „BMC Geriatr.” 2013; 8–13: 72.
8. Wieczorkowska-Tabiś K., Rajska-Neumann A., Stryczyński A., Jóźwiak A., *Kompleksowa ocena geriatryczna, jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*. „Geriatr. Pol.” 2006; 2: 3.
9. Bakalarczyk R., *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji*. „Geriatrya” 2009; 3: 12–16.
10. Szczepińska K., Pietryka A., *Rozwój geriatryi w krajach europejskich – historia i zasoby (część 1)*. „Gerontol. Pol.” 2008; 16(3): 61.
11. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce. PolSenior*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2012.
12. Bień B., *Specyfika geriatryi – odrębność i zasady postępowania*, w: Galus K., *Geriatrya*. Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2007.
13. Jerzemowski J., Puchalska-Reglińska E., *Wartość wskaźnika BMI i WHR w ocenie nadwagi u osób starszych z niewydolnością nerek i współistniejącymi chorobami układu sercowo-naczyniowego*. „Geriatrya” 2014; 8: 29–34.
14. Sin H.P., Liu D.T., Lam D.S., *Lifestyle modification, nutritional and vitamins supplements for age-related macular degeneration*. „Acta Ophthalmol.” 2013; 91(1): 6–11.
15. Bieniek J., Brończyk-Puzoń A., Nowak J., Dittfeld A., *Witamina D – wskaźnik zdrowia u osób starszych w wybranych chorobach neurodegeneracyjnych*. „Geriatrya” 2014; 8: 49–55.
16. Skalska A., Fedak D., Gąsowski J., *Stężenie 25-hydroksywitaminy D a stan odżywienia mierzony wskaźnikiem masy ciała u osób starszych*. „Geront. Pol.” 2009; 17(1): 16–22.
17. Jóźwiak A., *Otępienie u osób w wieku starszym*. „Geriatrya” 2008; 2: 237.
18. Czerwiński E., Kanis J. et al., *The incidence and risk of hip fracture in Poland*. „Osteoporosis Int.” 2009; 20(8): 1363–1367.
19. Kurowska K., Simon J., *Wpływ stanu odżywienia, na jakość życia po 65 roku – doniesienia wstępne*. „Geriatrya” 2013; 7: 217–225.
20. Humańska M., Kędziora-Kornatowska K., *Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku*. „Gerontol. Pol.” 2009; 17(3): 126–128.
21. PACE participants, Audisio R.A., Pope D. et al., *Shall we operate? Preoperative assessment in elderly care patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study*. „Cri. Rev. Oncol. Hematol.” 2008; 65: 156.
22. Robb C., Boulware D., et al., *Patterns of care and survival in cancer patients with cognitive impairment*. „Crit. Rev. Oncol. Hematol.” 2010; 74: 218.
23. Wieczorkowska-Tabiś K., Grodecka-Gazdecka S., *Pacjent onkologiczny – geriatryczny punkt widzenia*. „Geriatrya” 2010; 4: 203–208.

24. Gowin E., Michalak M., Horst-Sikorska W., *Hospitalization of patients aged 65 and over in Poland analysis of frequency and causes*. „Geriatrics” 2013; 7: 73–77.
25. Krzych Ł., Jaros A., *Skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego u chorych hospitalizowanych na oddziale rehabilitacji kardiologicznej*. „Nadciś. Tętn.” 2010; 14: 261–265.
26. Lewandowicz M., *Zindywidualizowana dieta terapia w odpowiedzi na zmiany w przewodzie pokarmowym związane ze starzeniem się lub wielochorobowością – część I*. „Geriatrics” 2014; 8: 43–48.
27. Jałbrzykowska K., Kowalczyk K., *Ocena aktywności ruchowej na ciśnienie tętnicze w zależności od rodzaju treningu fizycznego u osób z nadciśnieniem tętniczym*. „Geriatrics” 2013; 7: 226–230.
28. Neumann-Podczaska A., Wieczorkowska-Tabis K., Grześkowiak E., *Interakcje lek-lek w geriatricii*. „Geriatrics” 2013; 7: 238–242.
29. Rajska-Neumann A., Wieczorkowska-Tabis K. et al., *Farmakoterapia a u osób starszych w Polsce*. Termedia, Poznań 2012.
30. Kurowska K., Bystryk R., *Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego*. „Geriatrics” 2013; 7: 5–11.
31. Kagan S.H., *Gotcha! Don't ageism sneak into your practice*. „Geriatr. Nur.” 2011; 33: 60–62.